



Relatório de Estágio  
Mestrado Integrado em Medicina

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Ana Isabel Martins Gonçalves

Orientadora: Dra. Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida Pereira

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Maria Pereira Alves de Almeida

Porto 2017

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

Ana Isabel Martins Gonçalves

**Relatório de Estágio de Candidatura ao grau de Mestre em Medicina submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto**

**Orientadora – Dra. Cristiana Alexandra Rodrigues Almeida Pereira**

**Grau Académico: Licenciatura**

**Título Profissional: Assistente Hospitalar e Docente Externa do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto**

**Coorientadora – Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Maria Pereira Alves de Almeida**

**Grau Académico: Doutoramento**

**Título Profissional: Assistente Hospitalar Graduada Sénior e Docente Auxiliar Convidada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto**

**Afiliação – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Rua de Jorge Viterbo Ferreira n.º 228, 4050-313 Porto**

Porto 2017

## RESUMO

---

Este relatório baseia-se no estágio extracurricular de natureza profissionalizante que realizei no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), no âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, com a duração total de 90 horas, divididas entre a área médica do SU e a Sala de Emergência. Propus-me cumprir vários objetivos gerais e específicos que culminaram na aquisição de competências profissionais técnicas, relacionais e de raciocínio clínico, sendo que, dentro da minha limitada autonomia, procurei sempre executar ao invés de observar.

Durante o estágio participei na avaliação e reavaliação dos doentes, através da discussão dos dados da anamnese e do exame físico com a orientadora, da interpretação dos resultados dos exames complementares de diagnóstico e das terapêuticas instituídas e da proposta de um plano de abordagem/intervenção. Concretamente, participei na observação de 73 doentes, auxiliei na realização de uma paracentese e executei 26 punções arteriais com sucesso, 13 eletrocardiogramas e 10 determinações de glicemia capilar.

Além disso, apliquei o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) a todos os doentes observados com idade igual ou superior a 65 anos, rastreando assim a presença de défices cognitivos e síndromes demenciais e aferindo a sua potencial implicação na colheita da anamnese.

Este estágio extracurricular de índole profissionalizante, após a concretização de todos os objetivos a que me propus, revelou-se um dos momentos de aprendizagem mais significativo da minha formação pré-graduada.

## ABSTRACT

---

This report is based on an extracurricular internship of professionalizing nature held on the General Emergency Department (GED) of Centro Hospitalar Universitário do Porto, within the scope of “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio” curricular unit, with a total of 90 hours, divided between GED and the Emergency Room. It was my purpose to accomplish several general and specific objectives that ended up with the acquisition of professional competences, mainly technical, interpersonal and of clinical thinking. For that, besides my limited autonomy, I always sought doing instead of observing.

During the internship I participated on the evaluation and reevaluation of patients, through the discussion of relevant information of the anamnesis and the physical examination with my tutor, through the interpretation of the complementary examinations' results and therefore therapeutic indications prescribed and by proposing an approach plan to the patients' acute problems. Specifically, I participated on the observation of 73 patients, assisted on the performance of a paracentesis and executed 26 arterial punctures successfully, 13 electrocardiograms and 10 determinations of capillary glycaemia.

Furthermore, I applied the Mini Mental State Examination to all the observed patients with age equal or superior to 65 years old, in order to track the presence of cognitive deficiencies and possible demential syndromes and to gauge its potential implication on the anamnesis.

This professionalizing internship, after the accomplishment of all the objectives initially defined, has revealed itself as one of the most meaningful moments of apprenticeship of all my pre-graduate training.

## AGRADECIMENTOS

---

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Isabel Almeida, pelo apoio prestado, e a todos os profissionais de saúde do Serviço de Urgência por me receberem e acolherem.

À Dra. Cristiana Almeida, tão exigente comigo como humana com os seus doentes, por aceitar este desafio e por me ensinar, pelo exemplo, a postura de um bom clínico.

À minha família de sangue e às famílias de coração, por aplaudirem os êxitos, tolerarem algumas ausências e me ampararem as quedas.

Aos meus amigos, que são os melhores do mundo: com eles tudo tem certamente outro sabor.

*“A felicidade é baseada em dois pilares:  
levar a vida como um jogo e um generoso amor para os outros.”*

Lord Robert Baden-Powell of Gilwell

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

**CES** – Caracterização do estado de saúde

**CHUP** – Centro Hospitalar Universitário do Porto

**EMI** – Emergência Médica Interna

**HDA** – História da doença atual

**ME** – Músculo-esquelética

**MMSE** – *Mini Mental State Examination*

**SOAP** – S de subjetivo, O de objetivo, A de avaliação e P de plano

**SO2** – Sala de Observação 2

**SU** – Serviço de Urgência

**VAI** – Vias aéreas inferiores

**VAS** – Vias aéreas superiores

## LISTA DE QUADROS

---

**Quadro 1** – Calendarização do estágio no SU do CHUP.

## LISTA DE GRÁFICOS

---

**Gráfico 1** – Distribuição etária dos doentes observados.

**Gráfico 2** – Distribuição dos doentes observados por área de residência.

**Gráfico 3** – Distribuição dos doentes observados por área de contacto.

**Gráfico 4** – Distribuição dos doentes observados de acordo com a Triagem de Manchester.

**Gráfico 5** – Distribuição dos doentes observados de acordo com o diagnóstico de alta.

**Gráfico 6** – Resultado dos MMSE aplicados aos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

**Gráfico 7** – Quantidade/qualidade da informação relativa à história da doença atual (HDA) fornecida pelos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

**Gráfico 8** – Quantidade/qualidade da informação relativa à caracterização do estado de saúde (CES) fornecida pelos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

**Gráfico 9** – Presença de acompanhante e proveniência dos doentes com défice cognitivo.

**Gráfico 10** – Quantidade/qualidade da informação prestada pelos acompanhantes dos doentes com défice cognitivo e incapazes de prestar informação relativa à HDA.

**Gráfico 11** – Quantidade/qualidade da informação prestada pelos acompanhantes dos doentes com défice cognitivo e incapazes de prestar informação relativa à CES.



# ÍNDICE

---

<b>RESUMO .....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMENTOS .....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS .....</b>	<b>VI</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS.....</b>	<b>VIII</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
IMPORTÂNCIA DE UM ESTÁGIO EM URGÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR NO CURRÍCULO MÉDICO.....	1
OBJETIVOS DO ESTÁGIO .....	2
O SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO.....	3
A TRIAGEM DE MANCHESTER .....	3
AFERIÇÃO DE LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS .....	4
<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>6</b>
DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA DO ESTÁGIO .....	6
LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS .....	6
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>7</b>
DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	7
CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES OBSERVADOS .....	8
LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS .....	10

<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>14</b>
O ESTÁGIO COMO OPORTUNIDADE PROFISSIONALIZANTE .....	14
LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS .....	19
 <b>CONCLUSÕES .....</b>	 <b>22</b>
O ESTÁGIO COMO OPORTUNIDADE PROFISSIONALIZANTE .....	22
LIMITAÇÕES NA COLHEITA DE ANAMNESE NOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS .....	22
 <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	 <b>23</b>
 <b>ANEXOS .....</b>	 <b>24</b>

# INTRODUÇÃO

---

A Unidade Curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, inserida no plano de estudos do curso Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, determinou a escolha de um trabalho de candidatura ao grau académico de Mestre em Medicina.

Considerando o predomínio teórico da formação pré-graduada da carreira médica, optei pela realização de um estágio extracurricular de natureza profissionalizante no Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP), com a intenção clara de desenvolver as minhas competências técnicas e de raciocínio clínico, imprescindíveis ao meu futuro enquanto profissional de saúde, independentemente da especialidade escolhida.

## IMPORTÂNCIA DE UM ESTÁGIO EM URGÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR NO CURRÍCULO MÉDICO

O SU é muitas vezes a primeira forma de contacto dos doentes com o meio hospitalar, constituindo um espaço de grande afluência de doentes e diversidade de patologias e, portanto, uma área privilegiada de decisão médica e de gestão de recursos, humanos e não humanos.

Em algumas unidades curriculares, durante o percurso académico, são-nos propostas idas ocasionais ao SU, de curta duração, maioritariamente de carácter observacional. No entanto, estas incursões, apesar de valorizarem a experiência pessoal do futuro médico, não proporcionam uma verdadeira oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos.

Assim, aceitando o desafio de um ano que pretende ser profissionalizante, um estágio em urgência médica hospitalar no currículo médico demonstrou reunir as condições para cimentar os conhecimentos adquiridos durante o curso, permitindo exercitar e desenvolver competências quer de trabalho em equipa quer clínico, ao nível do raciocínio, da colheita e registo da anamnese e da elaboração de um plano de abordagem do doente. Um futuro médico só poderá beneficiar de tal experiência, quer no seu aproveitamento académico, quer na sua postura enquanto clínico.

## OBJETIVOS DO ESTÁGIO

O Estágio no SU do Hospital de Santo António – CHUP foi norteado por objetivos gerais e específicos.

### Objetivos Gerais:

1. Tomar conhecimento da patologia aguda médica mais frequente no SU, assim como da sua abordagem;
2. Utilizar os conhecimentos teóricos obtidos durante o curso de Medicina na avaliação das situações clínicas mais comuns em contexto de urgência;
3. Exercitar as capacidades de diagnóstico e terapêuticas em contexto de urgência;
4. Aperfeiçoar a execução de gestos técnicos comuns;
5. Adquirir experiência relativamente à importância do trabalho em equipa no SU;
6. Treinar competências comunicacionais subjacentes à prática clínica;
7. Compreender os procedimentos inerentes às especificidades do SU.

### Objetivos Específicos:

1. Observar pelo menos 60 doentes admitidos em contexto de urgência, sob a supervisão da orientadora de estágio;
2. Exercitar a colheita de anamnese dirigida, assim como a realização do exame objetivo;
3. Efetuar registo clínico no formato SOAP (S de subjetivo, O de objetivo, A de avaliação e P de plano);
4. Planificar, decidir e discutir com a orientadora de estágio os meios complementares de diagnóstico necessários para o estudo etiológico dos doentes admitidos;
5. Realizar pelo menos 20 punções arteriais, 10 determinações de glicemia capilar e 10 eletrocardiogramas;
6. Interpretar resultados de meios complementares de diagnóstico;
7. Participar na discussão clínica dos doentes observados, propondo o plano terapêutico respetivo;
8. Adquirir competências de redação do plano de orientação dos doentes à saída do SU;
9. Aferir as possíveis limitações na colheita da anamnese dos doentes observados em contexto de urgência, devidas a:

- a. Défice cognitivo, com a aplicação do *Mini Mental State Examination* (MMSE) aos doentes observados na Área Médica do SU, com idade igual ou superior a 65 anos, adotando os critérios reconhecidos para a sua aplicação em contexto de urgência, e conferindo o seu tempo de evolução;
  - b. Ausência vs. presença de acompanhante do doente no SU e quantidade/qualidade das informações prestadas, aferindo também a proveniência dos doentes e o seu meio de referenciação ao SU;
10. Compreender as possíveis implicações que as limitações referidas possam ter no diagnóstico e na abordagem dos doentes observados.

## O SERVIÇO DE URGÊNCIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

A área de influência do CHUP é constituída por praticamente todas as freguesias da cidade do Porto (exceto Bonfim, Paranhos e Campanhã) e pelo concelho de Gondomar. O CHUP é também referência para a população dos distritos de Bragança e Vila Real, dos concelhos de Amarante, Baião e Marco de Canaveses, do distrito do Porto e dos concelhos situados a sul do Douro pertencentes aos distritos de Aveiro e Viseu (Centro Hospitalar do Porto, 2014).

Sito no Hospital de Santo António, o SU do CHUP está organizado em áreas de ação predefinidas: sala de emergência, área médica, área cirúrgica, área de ortopedia e área de clínica geral. A área médica, onde foi realizado este estágio, está organizada em espaços distintos, como a área amarela, a área laranja, a sala de inaloterapia e as salas de observação 1 e 2. Existem 8 equipas de urgência, constituídas por aproximadamente 40 médicos cada, com 17 enfermeiros e 9 auxiliares por turno. O Serviço, como é de esperar, funciona todos os dias do ano, 24 horas por dia, sendo que apenas não alberga as especialidades de Dermatologia, Cirurgia Cardiorádica, Psiquiatria e Pediatria (Centro Hospitalar do Porto, 2016).

## A TRIAGEM DE MANCHESTER

O protocolo de triagem de Manchester foi implementado em Manchester em 1997 e, pela sua reprodutibilidade e adequabilidade, tem sido amplamente utilizado nos serviços de urgência como sistema de hierarquização de prioridades. É submetido a auditoria contínua e tem o principal objetivo de gerir o risco clínico de forma objetiva e sistematizada, dando indicação da prioridade clínica de atendimento do doente e do respetivo tempo-alvo de

observação médica. O protocolo não tem como função o estabelecimento de diagnósticos, mas sim a identificação da queixa principal e o seu enquadramento em um dos cinquenta e dois fluxogramas possíveis (Direção-Geral de Saúde, 2015). O SU do CHUP implementou-o em outubro de 2000, sendo pioneiro no nosso país (Centro Hospitalar do Porto, 2016).

A escala de triagem do referido protocolo classifica o doente em cinco níveis de prioridade clínica:

- Nível 1: Emergente, caracterizado pela cor vermelha, em que o doente deve receber atendimento médico imediato;
- Nível 2: Muito urgente, caracterizado pela cor laranja, com tempo-alvo de avaliação médica até 10 minutos;
- Nível 3: Urgente, caracterizado pela cor amarela, com tempo-alvo de avaliação médica até 60 minutos;
- Nível 4: Pouco urgente, caracterizado pela cor verde, com tempo-alvo de avaliação médica até 120 minutos;
- Nível 5: Não urgente, caracterizado pela cor azul, com tempo-alvo de avaliação médica até 240 minutos.

Após a atribuição do nível de prioridade clínica, o doente é alocado à área de atendimento mais adequada (Direção-Geral de Saúde, 2015).

## **AFERIÇÃO DE LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS**

No mais recente Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas considerou-se “idoso” o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, faixa etária também correspondente à que mais procura os cuidados de saúde (DGS, 2006). Acresce ainda que o envelhecimento progressivo da população, associado a perturbações demenciais ou depressivas, contribui para um declínio da capacidade cognitiva dos indivíduos (DGS, 2016).

O SU, pela sua natureza de abordagem de situações agudas, elevada afluência de doentes e pouco espaço físico para as suas necessidades, constitui por si só um ambiente desfavorável ao estabelecimento de uma relação médico-doente eficaz, uma vez que nem sempre estão reunidas as condições ideais. Assim, o défice cognitivo, enquanto potencial viés do relato do doente, apresenta-se, especialmente neste contexto, como uma dificuldade acrescida na colheita da anamnese. O MMSE, apesar das suas limitações, é um instrumento útil, de rápida aplicação, com validação para a língua e cultura portuguesas e objetivado como adequado no rastreio do défice cognitivo e/ou síndromes demenciais nos diversos níveis de cuidados de saúde (Santana *et al*, 2016).

Enquanto discente em fase de conclusão do Mestrado Integrado em Medicina, considerei que seria relevante aferir se o déficit cognitivo do doente idoso teria impacto na colheita da anamnese. Além disso, foi minha pretensão, baseada também na minha experiência durante a permanência no SU, arbitrar possíveis soluções que poderiam colmatar essa dificuldade, se presente.

## METODOLOGIA

---

### DISTRIBUIÇÃO HORÁRIA DO ESTÁGIO

O estágio extracurricular de natureza profissionalizante, decorrido no SU do CHUP, teve uma duração de 90 horas. A distribuição horária contemplou um período de permanência na Sala de Emergência e os restantes na Área Médica, nomeadamente nas áreas amarela e laranja, na sala de inaloterapia e na sala de observação 2 (SO2). Na grande maioria do tempo de estágio acompanhei a Dra. Cristiana Almeida, com exceção do período que dediquei à Sala de Emergência. A calendarização do estágio resultou da conciliação entre o horário laboral da orientadora e o referente às unidades curriculares que frequentei simultaneamente (quadro 1).

Quadro 1 - Calendarização do estágio no SU do CHUP	
21/11/2016	Área Médica
22/11/2016	Área Médica
28/11/2016	Área Médica
08/12/2016	Sala de Emergência
09/12/2016	Área Médica
13/12/2016	Área Médica
20/12/2016	Área Médica
23/12/2016	Área Médica
27/12/2016	Área Médica

### LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS

Apliquei o MMSE (anexo I), utilizando os valores normativos propostos mais recentemente para a língua e cultura portuguesas (Freitas *et al*, 2014), a todos os doentes observados com idade igual ou superior a 65 anos, com o intuito de avaliar a proporção de doentes com défice cognitivo. Avaliei, dentro do grupo de doentes com défice cognitivo, quais teriam diagnóstico prévio de síndrome demencial/défice cognitivo e respetivo tempo de evolução; a presença de acompanhante e quantidade/qualidade das informações prestadas pelo mesmo; e proveniência e/ou referenciação do doente como potenciais meios de informação útil à anamnese.



## RESULTADOS

---

### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

#### Área Médica

Durante as 90 horas de estágio, foi-me permitido acompanhar a minha orientadora na prática clínica habitual de um médico da área médica do SU. Assim, presenciei a colheita dirigida, ainda que completa, da anamnese dos doentes observados pela Dra. Cristiana Almeida, bem como por outros médicos a trabalhar na área médica do SU, e realizei o exame físico que as situações clínicas exigiam. Além disso, após a entrevista com cada doente, observei a redação do registo clínico e discuti com a orientadora as principais hipóteses de diagnóstico e respetivos mecanismos fisiopatológicos, assim como os meios complementares de diagnóstico que poderiam ser úteis. Neste contexto, realizei 26 punções arteriais (não foram contabilizadas as punções arteriais sem sucesso na colheita), 13 eletrocardiogramas e 10 pesquisas de glicemia capilar (anexo II), sendo-me ainda possibilitado auxiliar na realização de uma paracentese. Complementarmente, na reavaliação de cada doente, pude analisar e interpretar os resultados dos meios complementares de diagnóstico e das terapêuticas instituídas, discutindo com a Dra. Cristiana Almeida qual a orientação para cada situação. As discussões clínicas entre internos de ano comum e internos de formação específica e a Dra. Cristiana Almeida, na qualidade de especialista de Medicina Interna, relativas aos doentes admitidos no SU, bem como as passagens de turno, foram também parte integrante do estágio. Além disso, para cimentar os conhecimentos adquiridos e como exercício de redação de registo clínico, realizei registos SOAP de todos os doentes observados (anexo III).

Adicionalmente, pude também familiarizar-me com os *softwares* de registo hospitalar (*Alert* e *SClínico*) e experienciar na primeira pessoa o trabalho em equipa, fundamental ao funcionamento fluente do SU, onde o ritmo de trabalho é grande. Por último, mas não menos importante, contactei com os doentes em contexto de urgência e com os seus acompanhantes, uma realidade desconhecida durante a formação pré-graduada.

#### Sala de Emergência

A permanência na Sala de Emergência contemplou apenas 11 das 90 horas de estágio, sendo, no entanto, uma experiência que considero bastante relevante, pelas especificidades da abordagem ao doente emergente. Neste contexto, pelas suas características, a minha atividade centrou-se em acompanhar o especialista responsável, discutindo apenas com ele os

casos clínicos, sem proceder à realização de manobras de exame físico ou de gestos técnicos comuns.

## CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES OBSERVADOS

Durante o estágio participei na avaliação de 73 doentes, os quais foram maioritariamente observados pela Dra. Cristiana Almeida. Esta amostra, selecionada pelo método de amostragem de conveniência, não pretendeu, por definição, ser representativa, mas apenas ilustrativa da população observada na área médica do SU do CHUP nos dias do estágio (quadro 1).

Da amostra, 38 (52,0%) doentes eram do género masculino e 45 (61,6%) tinham idade igual ou superior a 65 anos, sendo que 32 (43,8%) tinham mais de 75 anos de idade, representando, assim, uma grande proporção dos doentes observados (gráfico 1). A grande maioria, 55 doentes (75,3%), era proveniente dos concelhos de Gondomar e do Porto (gráfico 2). As áreas de contacto com os utentes foram maioritariamente as áreas amarela e laranja (gráfico 3).

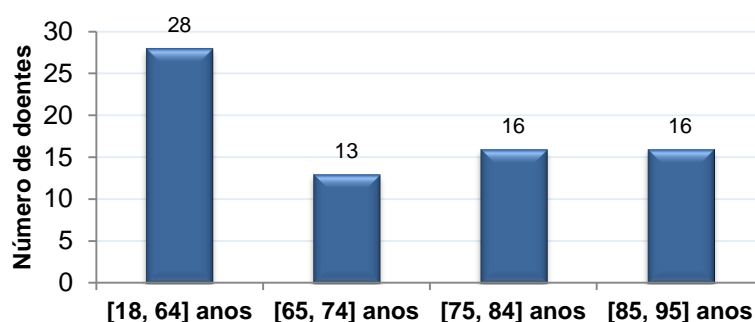


Gráfico 1 – Distribuição etária dos doentes observados.

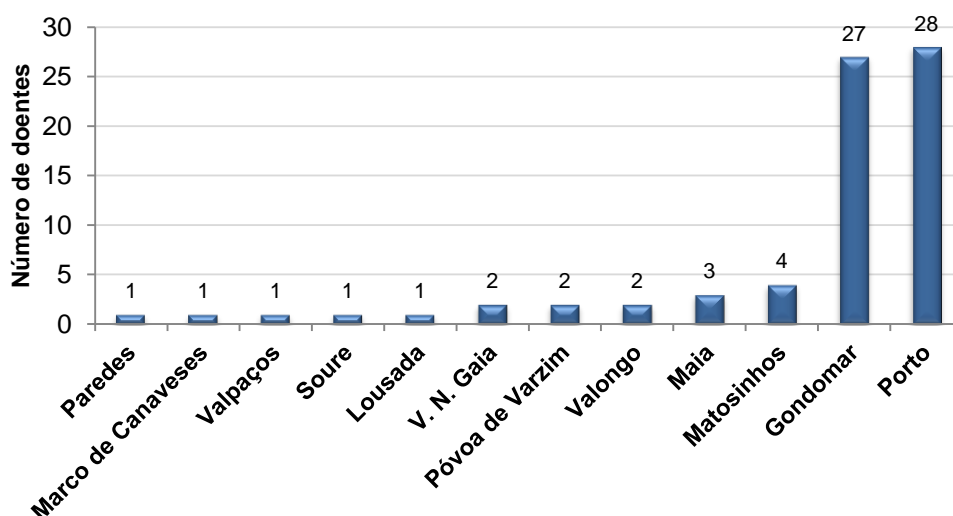


Gráfico 2 – Distribuição dos doentes observados por área de residência.

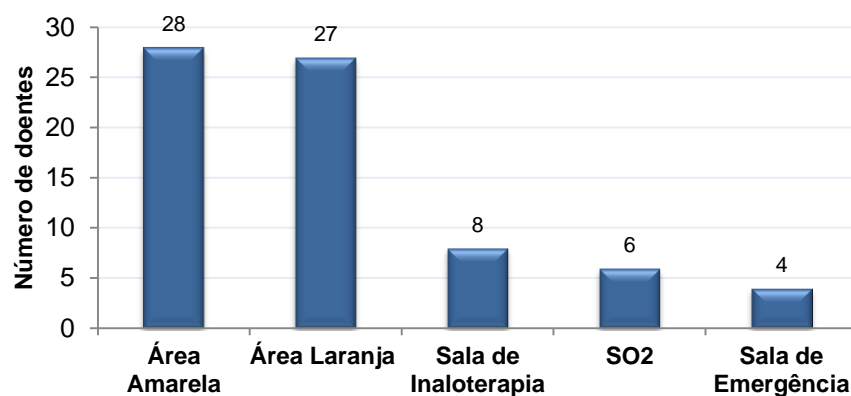


Gráfico 3 – Distribuição dos doentes observados por área de contacto.

Foram observados 38 (52,0%) doentes triados com a cor amarela, 30 (41,1%) com a cor laranja, 4 (5,4%) com a cor vermelha e um proveniente do internamento do Serviço de Fisiatria, devido à ativação da emergência médica interna (EMI). Os fluxogramas mais frequentes na amostra, independentemente do seu discriminador, foram os de “dispneia” (23 doentes, 31,5%) e “indisposição no adulto” (17 doentes, 23,3%) (gráfico 4).

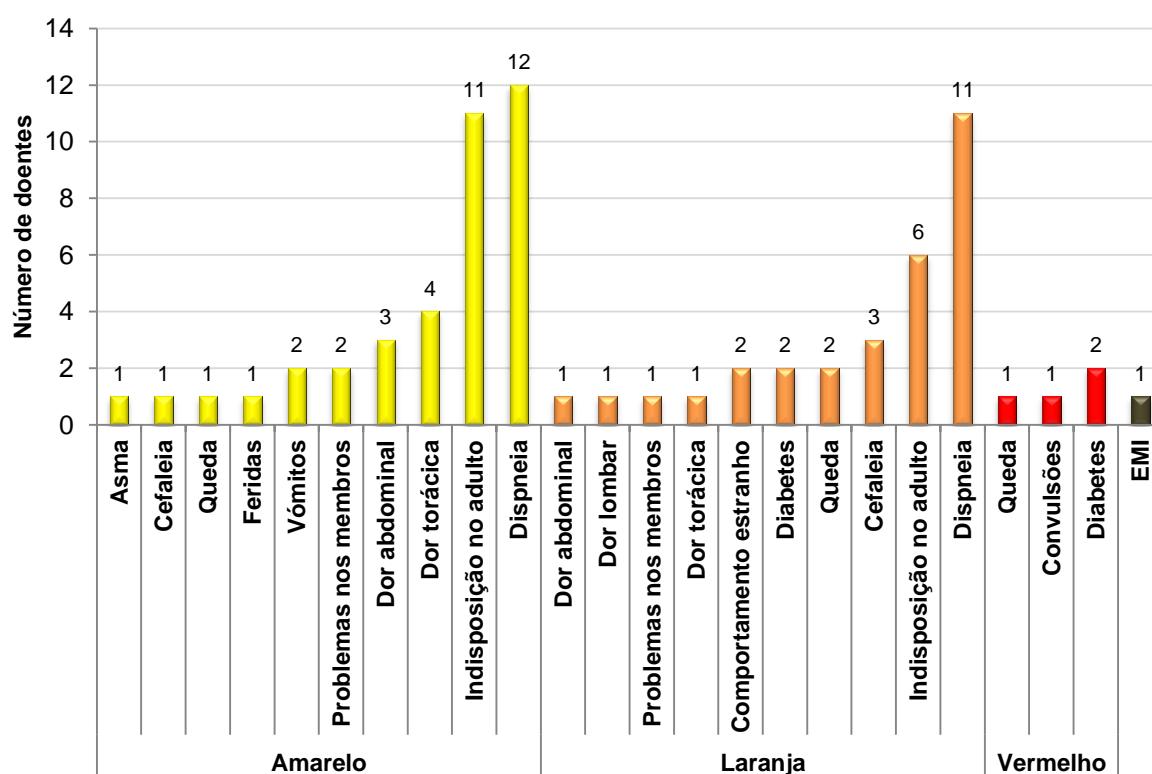


Gráfico 4 – Distribuição dos doentes observados de acordo com a Triagem de Manchester.

Considerando o número relativamente elevado de doentes triados com as cores laranja e vermelha na amostra (34 doentes, 46,6%), verificou-se que a maioria destes (26 doentes, 35,6% do total) foi orientada para o internamento após a sua avaliação no SU.

A patologia das vias aéreas e/ou do parênquima pulmonar foi a mais prevalente na amostra, sendo responsável pela admissão de 27 doentes (37,0%) no SU. Com menor representação, mas ainda assim frequente, seguiram-se as patologias do foro cardíaco e neurológico (gráfico 5).

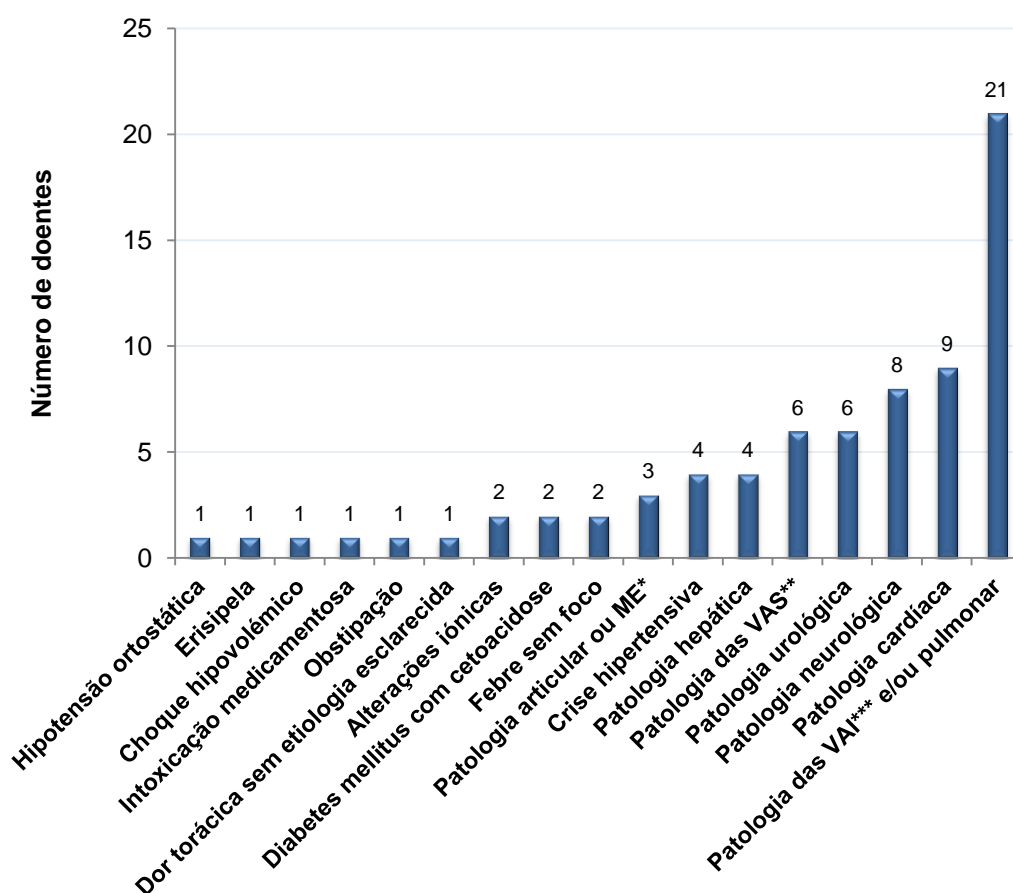


Gráfico 5 – Distribuição dos doentes observados de acordo com o diagnóstico da alta.

\*ME (músculo-esquelética); \*\*VAS (vias aéreas superiores); \*\*\*VAI (vias aéreas inferiores)

## LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS

Os 45 doentes observados com idade igual ou superior a 65 anos foram todos submetidos ao MMSE aquando da avaliação médica inicial ou após a instituição das primeiras medidas terapêuticas; 23 destes (51,1%) eram do género feminino.

Após ter sido aplicado o teste, concluiu-se que 29 (64,4%) indivíduos tinham pontuação no MMSE compatível com défice cognitivo, sendo que, destes, 9 (31,0%) tinham diagnóstico prévio de síndrome demencial/défice cognitivo (gráfico 6).

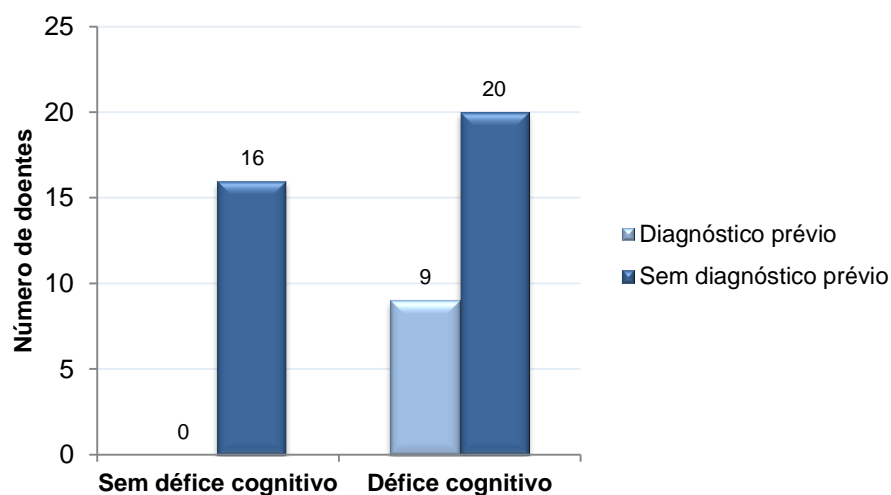


Gráfico 6 – Resultados dos MMSE aplicados aos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

Dos doentes com défice cognitivo, 17 (58,6%) eram incapazes de fornecer informação completa relativamente à história da doença atual (HDA) (gráfico 7). Relativamente à caracterização completa do seu estado de saúde (CES), nomeadamente dos seus antecedentes pessoais, apenas 4 (13,8%) foram capazes de o realizar de forma completa (gráfico 8). Todos os doentes com diagnóstico prévio de síndrome demencial/défice cognitivo foram incapazes de prestar informações completas relativamente à HDA ou à CES.

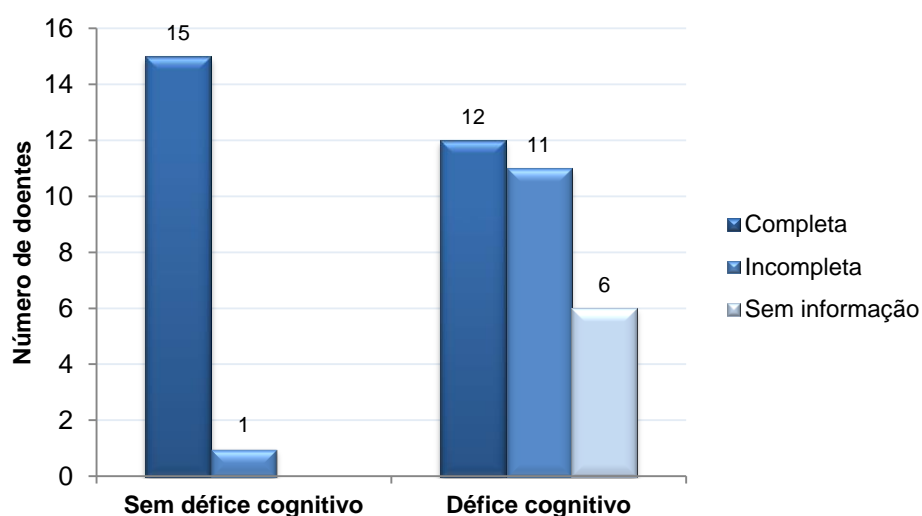


Gráfico 7 – Quantidade/qualidade da informação relativa à HDA fornecida pelos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

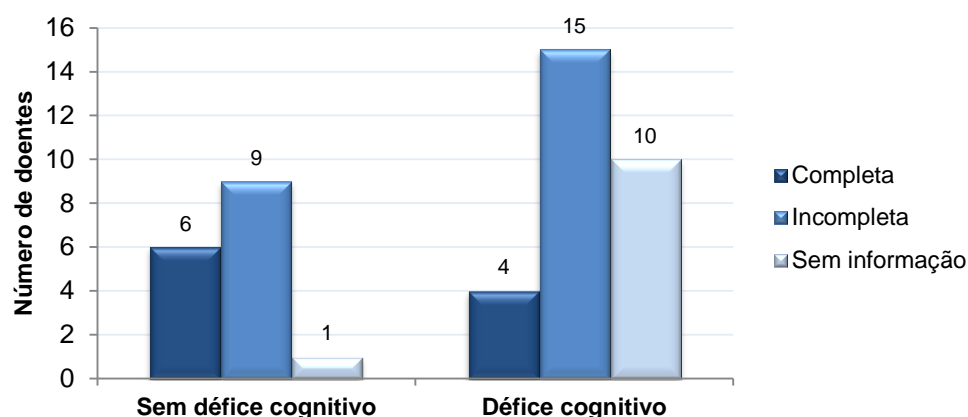


Gráfico 8 – Quantidade/qualidade da informação relativa à CES fornecida pelos doentes com idade igual ou superior a 65 anos.

A grande maioria dos doentes com déficit cognitivo (22 doentes, 75,9%) dirigiu-se ao SU pelo seu próprio meio, enquanto os restantes 7 foram encaminhados para o SU do CHUP por outras entidades ou após observação médica (um pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), um pela linha Saúde 24, um pelo Centro Hospitalar de S. João, dois pelo médico assistente da Unidade de Saúde Familiar respetiva, e dois pelo médico da instituição onde residiam), o que, graças aos documentos de referenciação, facilitou a colheita de alguns dados relativos à anamnese. Apenas 5 (17,2%) dos doentes com déficit cognitivo estavam, aquando o episódio de urgência, institucionalizados. Todos os doentes com déficit cognitivo institucionalizados tinham acompanhante (familiar ou não familiar) presente no SU, não sendo o mesmo regra para os doentes cuja proveniência foi o domicílio (gráfico 9). Todos os doentes com diagnóstico prévio de síndrome demencial/déficit cognitivo estavam também acompanhados: 6 (66,6%) pelo familiar cuidador, dois (22,2%) por um familiar não cuidador e um (11,1%) pela funcionária da instituição onde residia.

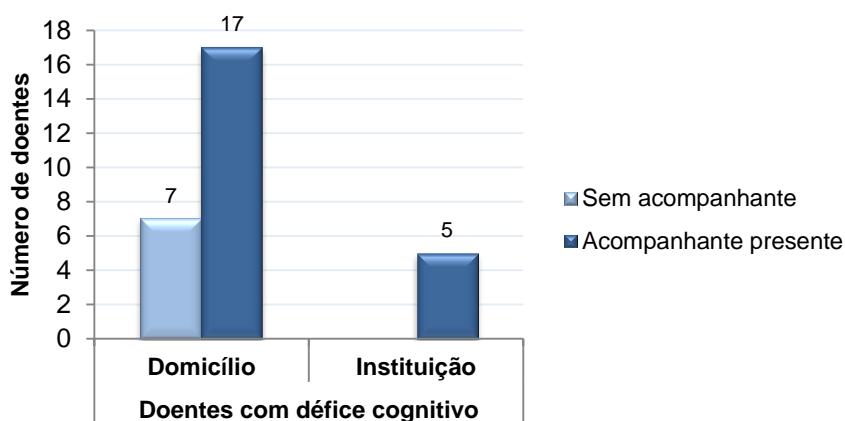


Gráfico 9 – Presença de acompanhante e proveniência dos doentes com déficit cognitivo.

Apenas uma minoria dos acompanhantes, 7 (31,8%) relativamente à HDA (gráfico 10) e 6 (27,2%) relativamente à CES (gráfico 11), foi capaz de complementar na totalidade a informação fornecida pelos doentes com défice cognitivo e incapazes de prestar informação completa. Em particular, dos doentes com diagnóstico prévio de síndrome demencial/défice cognitivo, apenas 3 (33,3%) dos acompanhantes conseguiu prestar informações completas relativamente à HDA e à CES.

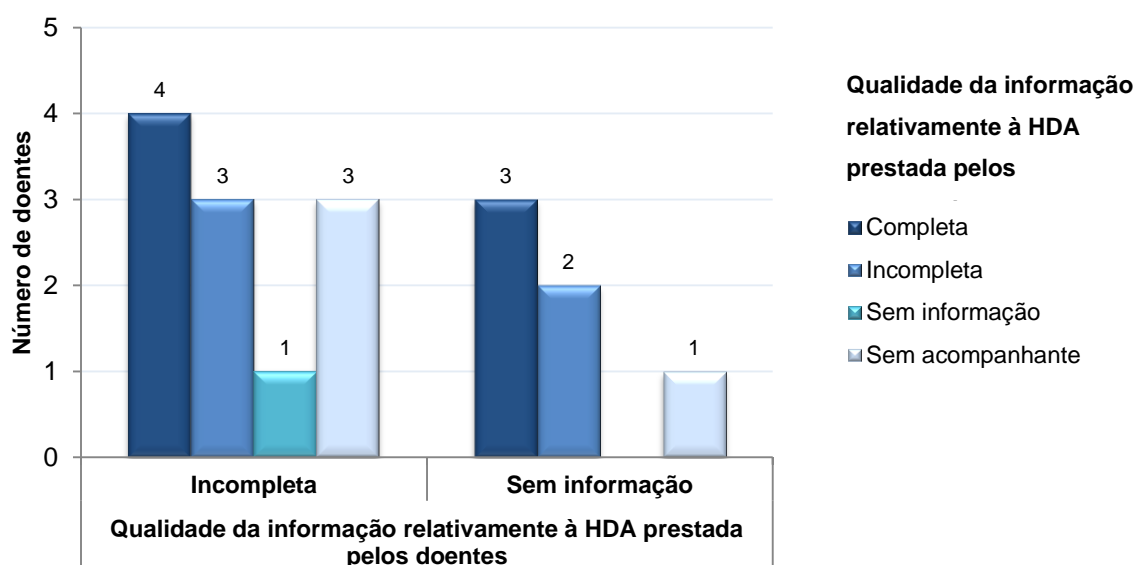


Gráfico 10 – Quantidade/qualidade da informação prestada pelos acompanhantes dos doentes com défice cognitivo e incapazes de prestar informação completa relativa à HDA.

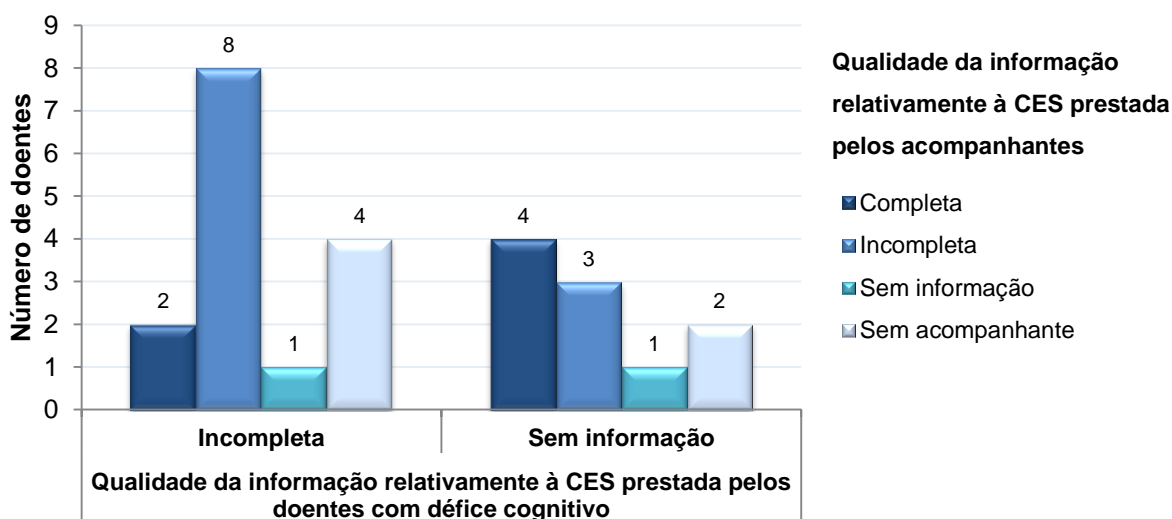


Gráfico 11 – Quantidade/qualidade da informação prestada pelos acompanhantes dos doentes com défice cognitivo e incapazes de prestar informação completa relativa à CES.

# DISCUSSÃO

---

## O ESTÁGIO COMO OPORTUNIDADE PROFISSIONALIZANTE

O estágio em que se baseia este relatório foi uma oportunidade profissionalizante ímpar, pois permitiu, entre outras coisas, o treino do raciocínio clínico, o apuramento do meu sentido crítico e o reconhecimento de padrões patológicos que muito me poderão ajudar no futuro.

Muitas são as aprendizagens que reconheço durante este período.

Longe de ser minha intenção afirmar que o que se segue é o único saber médico que importa conhecer, estes são os episódios que mais valorizo das 90 horas de estágio no SU do CHUP. Os doentes discriminados servem o propósito único de ilustrar, na amostra, as principais situações que, de acordo com a minha experiência, considero com maior valor pedagógico, quer por exultarem conhecimentos teóricos adquiridos no curso, quer por me recordarem condutas consequentes de boa prática médica. Selecionei-os com o objetivo primordial de demonstrar que esta modalidade da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de Estágio”, tantas vezes relegada para segundo plano pelos alunos, tem uma utilidade evidente e insubstituível.

- A importância da colheita pormenorizada da anamnese enquanto instrumento principal de avaliação do doente:
  - A determinação da medicação habitual do doente, fazendo um esforço por compreender qual a terapêutica prescrita e a realizada, assim como as alterações recentes no esquema farmacológico, particularmente nos doentes que recorrem ao SU por prostração (doente 10 – anexo III, por exemplo) ou por descompensação de patologia crónica anteriormente controlada (doentes 44 e 71 – anexo III, entre outros) é fulcral;
  - A caracterização da sintomatologia nasal é essencial na distinção entre infeção das vias aéreas superiores (VAS) e das vias aéreas inferiores (VAI), uma vez que geralmente é desvalorizada pelos doentes (doentes 2 e 34 – anexo III, entre outros). Este aspeto adquire particular valor, uma vez que a infeção das VAS, patologia parcamente referida durante o curso, é relativamente frequente na amostra.



- A importância do exame objetivo e do reconhecimento de alguns padrões patológicos nos doentes:

- O exame neurológico do doente prostrado tem uma relevância incontestável. Como experienciei, num exame desatento, crises epiléticas de ausência podem ser interpretadas erroneamente como períodos transitórios de desorientação por parte do doente (doente 1 – anexo III);
- O reconhecimento visual dos movimentos balísticos espontâneos característicos da coreia (doente 5 – anexo III) é algo que em muito contribui para a memorização visual, a par da descrição teórica estudada anteriormente;
- A distinção, à auscultação pulmonar, entre crepitações finas e secas, mais frequentemente audíveis na fibrose pulmonar, e crepitações grossas e húmidas, mais frequentes em casos de descompensação de insuficiência cardíaca de predomínio esquerdo (doentes 46 e 61 – anexo III, entre outros) é uma competência adquirida apenas pela experiência e pela repetição, o que me foi possível realizar durante o estágio;
- O exame objetivo completo nas situações de lombalgia, sintoma muito prevalente na população, ainda que parcamente representada na amostra de doentes observados (doente 7 – anexo III), e que habitualmente não temos oportunidade de realizar no internamento.

- A importância da interpretação do estudo analítico enquadrada no contexto clínico do doente, nomeadamente a identificação das alterações iónicas patentes nos quadros de desidratação, prostração ou crises convulsivas (doentes 2 e 29 – anexo III, entre outros).

- A importância da exclusão de causas de maior gravidade em doentes com perda de consciência, principalmente se não presenciada e se o relato do doente não permite caracterizar o episódio e apontar uma etiologia provável (doente 53 – anexo III, por exemplo).

- A importância de ajustar os objetivos terapêuticos ao estado basal do doente, como é o caso dos doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica

com insuficiência respiratória crónica tipo 2, cujas saturações-alvo de oxigénio periféricas são entre 88% e 92% (doente 55 – anexo III, entre outros).

- A importância da integração de todos os dados da avaliação do doente, tanto da anamnese como do exame físico, na decisão do plano terapêutico. Por exemplo, a indicação para administração de furosema quando se determina que um doente se encontra com descompensação de insuficiência cardíaca em perfil C - congestivo/com crepitações grossas à auscultação pulmonar e com evidência de baixo débito/hipotenso (doente 46 – anexo III).

- A importância da prevenção quaternária, sobretudo em contexto de emergência, e a necessidade de estabelecer um prognóstico e decidir sobre que medidas invasivas/não invasivas implementar (doente 27 – anexo III).

- A importância capital do registo médico enquanto ferramenta de comunicação entre profissionais de saúde, em particular no SU, nomeadamente para que, aquando da avaliação do doente por outro clínico, se possam identificar corretamente alterações agudas, como, por exemplo, as de etiologia neurológica (doente 17 – anexo III) ou dermatológica (doente 42 – anexo III), sendo assim possível aferir se o estado do doente evoluiu favorável ou desfavoravelmente.

- A importância da articulação com outras especialidades na avaliação dos doentes, como por exemplo com a Neurologia e a Cardiologia, não só pela frequência de doentes a recorrer ao SU com afeções neurológicas e cardíacas, mas sobretudo devido ao mau prognóstico de algumas dessas entidades nosológicas caso não sejam identificadas e tratadas precocemente (doentes 1 e 68 – anexo III, entre outros).

Além dos exemplos de aprendizagem previamente enumerados, importa referir a oportunidade efetiva de prática na realização de punções arteriais e eletrocardiogramas, correlacionando os resultados obtidos com a sintomatologia dos doentes, interpretando-os e definindo condutas terapêuticas em consonância (anexo II). De salientar a possibilidade de identificação de um bloqueio auriculoventricular completo (doente 68 – anexo III) e a monitorização da resposta terapêutica em situações de cetoacidose diabética (doente 62 –

anexo III) e descompensação respiratória (doentes 41 e 72 – anexo III, entre outros). A aprendizagem prática sobre a técnica inerente à realização de uma paracentese (doente 43 – anexo III), assim como o treino de interpretação dos resultados analíticos do líquido ascítico, distinguindo transudado de exsudado e equacionando as respetivas implicações clínicas (doente 70 – anexo III), foram importantes no valor pedagógico desta experiência. Por último, a execução de determinações de glicemia capilar de forma adequada constituiu também uma aquisição de conhecimento com grande utilidade, porque me capacitou, enquanto profissional de saúde, a saber realizá-lo e a transmitir aos doentes de forma a técnica adequada para a sua correta execução (anexo II).

Considero inevitável o registo de algumas dificuldades na adaptação a uma realidade tão singular e com a qual pouco contactei durante a formação pré-graduada. Inicialmente foi extremamente difícil acompanhar o ritmo acelerado de avaliação do doente e de decisão clínica. Além disto, revelou-se extenuante ter mais do que um doente de cada vez, com a necessidade implícita de reavaliação, verificação dos resultados dos exames complementares de diagnóstico e adaptação do plano. Mais uma vez, acredito que esta adaptação foi tão desafiadora precisamente porque não somos formatados para tal durante a nossa formação. Com o tempo tornou-se mais fácil e intuitivo, o que me permitiu participar de forma mais ativa e confiante nas discussões com a orientadora e no contacto com os doentes e acompanhantes. Os profissionais com quem me cruzei, médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica, tiveram um papel fulcral na minha adaptação, na medida em que me integraram e facilitaram a minha permanência no SU.

Em termos de competências comunicacionais, considero que o meu crescimento foi evidente, principalmente no contacto com os acompanhantes, realidade com a qual não tive contacto no ciclo clínico, uma vez que as aulas práticas são maioritariamente em contexto de internamento. Relativamente a este tópico considero importante tecer algumas considerações, dado que, durante o tempo de estágio no SU do CHUP, me apercebi de algumas dificuldades no funcionamento do sistema de informação aos acompanhantes. O gabinete de informações é no exterior da área de atendimento do SU, o que dificulta a orientação dos acompanhantes nesse sentido, dado que, na maioria do horário, estes se encontram junto dos respetivos doentes ou nos corredores da respetiva área de atendimento. Adicionalmente, o funcionário presente no gabinete apenas pode fornecer informações muito limitadas, como em que área do SU o doente se encontra e qual o médico que o assumiu, cabendo ao acompanhante percorrer o serviço à procura do médico, com o intuito de ser informado, uma vez que o assistente

operacional teria que fechar o gabinete de informações para o poder auxiliar nessa tarefa. Como se pode antever, este revela-se um sistema pouco sustentável, principalmente, porque, na maioria das vezes, se transforma num fator de frustração crescente para os acompanhantes que, na tentativa vã de encontrar o médico que procuram, abordam todo e qualquer profissional de saúde que se achesse no seu caminho. Pela minha vivência, tudo isto culmina numa acumulação de acompanhantes na entrada da área laranja, com a expectativa de aí encontrarem o médico responsável pelo seu familiar, o que se revela extremamente perturbador do normal funcionamento do SU, pois incrementa a dificuldade de circulação dos profissionais de saúde e dos doentes, sobretudo os acamados. Difícil será idealizar um sistema perfeito, no entanto penso que seja possível adotar algumas medidas que poderão potencialmente diminuir o transtorno descrito:

- Em situações em que o acompanhante não esteve presente na avaliação médica do doente, o funcionário do gabinete de informações poderia entrar em contacto com o médico diretamente ou através do sistema informático, notificando-o de que, quando possível, o acompanhante gostava de ser informado;
- Quando o médico responsável pelo doente termina o seu turno, poderia dirigir-se ao doente ou ao acompanhante (quando presente), fazer um ponto de situação e referir qual o outro médico que ficará responsável.

Pelo que auferi, a implementação do gabinete de informações, anteriormente não existente, melhorou de forma significativa a prestação de esclarecimentos aos acompanhantes, no entanto ainda há um longo caminho a percorrer até um sistema ideal. Reitero que não há soluções ideais, mas acredito que estas medidas poderiam pelo menos atenuar o problema.

Qualquer experiência deverá sempre trazer-nos algum nível de crescimento pessoal e esta não foi exceção. De facto, houve uma doente que me marcou em particular (doente 11 – anexo III). Esta doente, mulher, de 70 anos, diagnosticada com Esclerose Lateral Amiotrófica, com necessidade de ventilação não invasiva há 3 anos e limitação funcional muito significativa, recorreu ao SU por agravamento da dispneia de base, com objetivação de baixas saturações periféricas de oxigénio. Após a sua reavaliação, já estabilizada, a doente abordou comigo o seu desejo da legalização do suicídio assistido, referindo, com pesar, que não considerava o seu quotidiano “uma vida digna de ser vivida” (sic). Este episódio, por retratar uma realidade com a qual não somos confrontados enquanto discentes, perturbou-me e deixou-me inquieta relativamente às possibilidades de intervenção social da comunidade médica, questionando-me se estará a ser feito o suficiente.

Por último, mas não menos importante, há um louvor que não pode deixar de ficar registado. A escassez de recursos humanos é notória, principalmente em dias de grande afluência ao SU, como os que caracterizam o Inverno e o apogeu das afeções respiratórias. Neste contexto, é de valorizar o empenho de todos os médicos, enfermeiros e auxiliares de ação médica em proporcionar aos utentes a melhor resposta possível, apesar de todas as limitações já referidas. No entanto, não poderia deixar de mencionar o trabalho dos voluntários do Hospital de Santo António, que, de forma gratuita, colaboram com os auxiliares de ação médica em algumas das suas tarefas. Todos aqueles com que tive o prazer de me cruzar se mostraram prestáveis e afáveis, sendo fundamentais na humanização do SU, dado que auxiliam os doentes a alimentar-se e a ir à casa de banho e, se necessário, assumem inclusivamente o papel de mediadores, conversando com os acompanhantes. Observar o cuidado com que estas pessoas tratam os doentes e os demais foi sem dúvida um ponto positivo deste estágio.

## **LIMITAÇÕES NA COLHEITA DA ANAMNESE DOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS**

A grande prevalência de défice cognitivo na amostra pode dever-se nomeadamente a desorientação associada ao episódio agudo (alterações iónicas, afeções neurológicas, febre,...), défice cognitivo prévio (congénito ou adquirido) ou a síndrome demencial em evolução, que poderá ter sido já diagnosticada ou não. No entanto, há alguns fatores confundidores a ter em conta, inerentes ao próprio MMSE, que poderão ter inflacionado o número de doentes rastreados com défice cognitivo, uma vez que doentes com afasia, com mobilidade condicionada nos membros superiores, com baixa acuidade visual (e que não estejam acompanhados com a sua ortótese ocular) ou mesmo cegueira bilateral pontuam automaticamente menos pontos. A escolaridade geralmente não constitui um viés, dado que é tida em conta na definição dos valores normativos, mas está descrito que o contexto social possa ter algum impacto (Freitas et al, 2014). Apesar das limitações do MMSE supracitadas, os resultados na amostra são coerentes, uma vez que praticamente a totalidade dos doentes sem défice cognitivo é capaz de fornecer informações adequadas e completas relativamente à sua HDA, o que não acontece no grupo dos doentes com défice cognitivo. No que concerne à CES a situação é ligeiramente diferente, havendo uma menor proporção de doentes sem défice que é capaz de descrever detalhadamente os seus antecedentes pessoais, nomeadamente a medicação habitual. Isto pode dever-se à elevada morbilidade desta faixa etária e à consequente polimedicação, o que perfaz, na maioria dos casos, uma elevada quantidade de informação difícil de memorizar.

Alguns aspetos que poderiam contornar esta incapacidade por parte dos doentes de fornecer uma anamnese completa seria a referenciação por parte de outros profissionais de saúde/instituições prestadoras de cuidados de saúde ou a presença de um acompanhante, cuidador ou não, mas que detivesse toda a informação clínica relevante do doente.

O diagnóstico prévio de síndrome demencial/déficite cognitivo pode afigurar-se essencial nestas situações, uma vez que alerta a família para a necessidade de acompanhar estes doentes às consultas nos cuidados de saúde primários e/ou hospitalares, no sentido de se inteirarem sobre o seu estado de saúde, para que, em situação de urgência, possam prestar ao clínico os esclarecimentos necessários. Apesar disto, verifica-se na amostra que, mesmo os doentes com este diagnóstico prévio, frequentemente são acompanhados por um familiar (cuidador ou não) que é incapaz de completar os dados da anamnese. Tendo em conta o envelhecimento progressivo da população e a consequente tendência para a maior prevalência de síndrome demencial/déficite cognitivo, é de extrema importância rastrear oportunamente estas alterações do estado mental, para que se possa sensibilizar e capacitar as famílias para o seu papel de cuidadores. Para acautelar potenciais situações de risco advindas deste quadro clínico tão frequente, no SU do CHUP está implementado um sistema anti-fuga, com a colocação de uma pulseira que alertará o segurança caso o doente saia do espaço físico do serviço. Esta solução pode ser de particular importância na população de doentes idosos, sobretudo quando se verificam alterações do estado de consciência. No entanto, para que este sistema seja não só eficaz, mas também eficiente, é fulcral que se identifique o risco o mais precocemente possível. Assim, tornam-se fundamentais dois aspetos: a avaliação criteriosa do estado mental dos doentes à admissão e, dado que a situação clínica aguda poderá camuflar este quadro clínico, a transmissão de diagnósticos prévios de síndrome demencial/déficite cognitivo ao médico do SU.

Nesta amostra, apenas uma minoria dos doentes se dirigiu ao SU referenciada. Isto poderá ocorrer por vários motivos, nomeadamente porque desconhecem a linha Saúde 24, porque na sua área de residência não têm um serviço de atendimento permanente disponível, por considerarem que receberão melhor tratamento numa unidade hospitalar ou porque é um hábito antigo enraizado na população dirigir-se diretamente a uma unidade hospitalar. A referenciação, como processo de avaliação prévio que pode ter lugar na unidade de saúde de cuidados primários onde o doente habitualmente é seguido, é sem dúvida uma ferramenta com relevo e que deve ser fomentada, principalmente nas situações menos graves.

Todos os doentes institucionalizados desta amostra vieram ao SU com acompanhante, que trazia o seu processo médico da instituição, com informação relativa a antecedentes pessoais e medicação habitual, o que, caso este processo esteja atualizado, é uma solução

para colmatar as lacunas de informação clínica. Por outro lado, os doentes provenientes do domicílio nem sempre têm acompanhante presente, pelo menos na primeira avaliação médica, o que por vezes poderá condicionar um atraso na implementação de medidas terapêuticas, uma vez que o médico terá que consultar o *SClínico* para se inteirar do estado basal do doente e respetivas co-morbilidades. No entanto, a presença do acompanhante não assegura que a anamnese seja colhida na íntegra, uma vez que há uma proporção relevante de acompanhantes nesta amostra, cuidadores ou não, que não detêm o conhecimento de toda a informação clínica do doente, o que condiciona impreterivelmente a consulta do *SClínico* por parte do médico, processo frequentemente moroso. A esta solução acresce ainda outra dificuldade na obtenção de informação clínica, essa sim, passiva de intervenção por parte dos clínicos: os diários das consultas externas são, por vezes, incompletos.

## CONCLUSÕES

---

### O ESTÁGIO COMO OPORTUNIDADE PROFISSIONALIZANTE

As condicionantes logísticas muitas vezes transformam a formação médica pré-graduada em aulas de sala, com exercícios de teorização clínica e treino estéril de competências. Não que tal seja supérfluo, mas o contacto com os doentes, principalmente na reta final de conclusão do curso, assume-se como imprescindível. O estágio possibilitou-me pôr em prática a maioria do que aprendi nessas mesmas salas, o que vinhou na minha memória não só os mecanismos fisiopatológicos de doença, mas sobretudo me ensinou a ouvir o doente e a estar alerta aos sinais do exame físico que me relatam aquilo que o doente não consegue descrever. Além disso, proporcionou-me a compreensão do funcionamento de um SU de um hospital central e alertou-me para a necessidade de me preparar humana e cientificamente para o início do meu percurso profissional. Considero que todos os objetivos a que me propus foram cumpridos.

### LIMITAÇÕES NA COLHEITA DE ANAMNESE NOS DOENTES OBSERVADOS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 65 ANOS

O défice cognitivo é relativamente prevalente na amostra de idosos observados e condicionou, na grande maioria dos casos, limitações na colheita de anamnese. Estas limitações, patentes nas lacunas de informação clínica, poderão ser potencialmente colmatadas da seguinte forma:

- Educar a população no sentido de se dirigir às unidades de cuidados de saúde primários em situações agudas de menor gravidade, para que, em caso de necessidade de referenciação, o doente venha acompanhado da sua informação clínica;
- Ser entregue aos doentes, pelo seu médico assistente, um registo escrito atualizado das suas comorbilidades e medicação habitual, atualizando os dados sempre que haja alterações relevantes e fomentando que se faça acompanhar daquele registo;
- Entregar registo semelhante aos cuidadores dos doentes com síndrome demencial comprovado, suspeito ou com alteração da capacidade cognitiva reconhecida (congénita ou adquirida);
- Enquanto clínicos, utilizar os registos clínicos como verdadeiros instrumentos de comunicação médica.



## BIBLIOGRAFIA

---

Centro Hospitalar do Porto. Relatório e Contas. Centro Hospitalar do Porto. 2014. Disponível online em: [http://www.chporto.pt/pdf/princ\\_bom\\_gov/Relatorio\\_e\\_Contas\\_2014.pdf](http://www.chporto.pt/pdf/princ_bom_gov/Relatorio_e_Contas_2014.pdf) [consultado em 31 de dezembro de 2016].

Centro Hospitalar do Porto. Serviço de Urgência – Informações. Centro Hospitalar do Porto. 2016. Disponível online em: [http://www.chporto.pt/serv\\_urgencia.php](http://www.chporto.pt/serv_urgencia.php) [consultado em 31 de dezembro de 2016].

Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Direção-Geral da Saúde. 2006. Disponível online em: <https://www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo/programas-e-projectos.aspx> [consultado em 31 de dezembro de 2016].

Direção-Geral da Saúde. Norma de Orientação Clínica 002/2015 – Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Direção-Geral da Saúde. 2015. Disponível online em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022015-de-06032015.aspx> [consultado em 31 de dezembro de 2016].

Direção-Geral da Saúde. Portugal – Saúde Mental em Números 2015. Direção-Geral da Saúde. 2016. Disponível online em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx> [consultado em 31 de dezembro de 2016].

Freitas S, Simões MR, Alves L, Santana I. The Relevance of Sociodemographic and Health Variables on MMSE Normative Data. *Applied Neuropsychology: Adult* 2014; 22:4, 311-319.

Santana I, Duro D, Lemos R, Costa V, Pereira M, Simões MR, Freitas, S. Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo. *Acta Med Port* 2016; 29(4):240-248.

## **ANEXOS**

---

**ANEXO I – MMSE**

**ANEXO II – REGISTO DAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS REALIZADAS**

**ANEXO III – REGISTO DOS DOENTES OBSERVADOS**